FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965.

THÈSE

N° 505

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Vincent CESARI

né le 19 avril 1933 à Boulogne-Billancourt (Seine)

Interne à la Maison Départementale de Nanterre
Ancien Externe en Premier des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE DEUX CAS D'ALCALOSE-HYPOKALIEMIE PAR HYPERCORTICISME PARA-NEOPLASIQUE.

Président : M. DOMART, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965. **THÈSE** N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Vincent CESARI

né le 19 avril 1933 à Boulogne-Billancourt (Seine)

Interne à la Maison Départementale de Nanterre
Ancien Externe en Premier des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE DEUX CAS D'ALCALOSE-HYPOKALIEMIE PAR HYPERCORTICISME PARA-NEOPLASIQUE.

Président : M. DOMART, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston **CORDIER.**

1er **ASSESSEUR** . . . . . } Daniel **BARGETON**
2e **ASSESSEUR** . . . . . } Paul **CASTAIGNE**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et cliniques chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecins	AZERAD (E.)
Médecins	BOUR (H.)
Médecins	LAMBLING (A.)
Médecins	LHERMITTE (F.)
Médecins	PEQUIGNOT (H.)
Médecins	PERRAULT (M.)
Médecins	SIGUIER (F.)
Oto-Rhino-Laryngologie	WORMS (R.)
Pneumo-Phtisiologie	MADURO (R.)
Rhumatologie	KREIS (B.)
	DELBARRE (F.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DESRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

II. -- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544306_0065

A Monsieur le Professeur André DOMART

Professeur de Sémiologie Médicale à
la Faculté de Médecine de Paris

qui m'a fait le grand honneur d'être mon Président de Thèse après avoir été mon Maître.

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

A mes Parents

A ma Femme et à mes Enfants.

A la Mémoire de mon regretté Maître

le Docteur Paul BANZET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

A Monsieur le Docteur Jean GUILLEMIN

Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de Clinique

Médecin Chef de Service à la
Maison Départementale de Nanterre

Qui a bien voulu m'accueillir dans son Service et me donner son enseignement.

A Monsieur le Docteur Maurice AUDRY

Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de Clinique

Médecin Chef de Service à la Maison
Départementale de Nanterre

Qui me dispense son savoir avec
patience et indulgence.

A Monsieur le Docteur Fernand HANON

Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux de Paris

Maître de Conférence au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

Chef de Service de la Maternité de la Maison Départementale de Nanterre.

Avec toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Philippe TORRE

Gynécologue-accoucheur à l'Hôpital
de Neuilly

Qu'il trouve ici l'expression de ma
sincère gratitude.

A tous mes Maîtres au cours de mon Externat

Monsieur le Professeur Jean LENEGRE

Monsieur le Professeur Robert LAPLANE

Monsieur le Professeur Agrégé Jean DEBEYRE

Monsieur le Professeur Agrégé André MEYER

Monsieur le Docteur Jean ANTONELLI

Monsieur le Docteur François VERLIAC.

INTRODUCTION

Certaines tumeurs cancéreuses développées à partir de tissus non endocriniens peuvent s'accompagner d'un syndrome d'hyperfonctionnement des glandes endocrines.

Parmi ces syndromes endocriniens paranéoplasiques le plus fréquent est le syndrome d'hypercorticisme qui se voit de façon privilégiée avec certaines tumeurs.

Les manifestations de cet hypercorticisme peuvent revêtir divers aspects depuis le tableau d'un syndrome de Cushing complet évident cliniquement jusqu'à la simple traduction biologique par un syndrome d'alcalose-hypokaliémie comme dans les deux cas qui sont présentés.

Nous rapportons ici deux cas d'alcalose avec hypokaliémie par hypercorticisme paranéoplasique survenus chez deux malades du service de notre Maître le Professeur André DOMART à l'Hôpital Antoine CHANTIN.

Ils étaient respectivement porteur le premier d'un cancer de l'oesophage, le deuxième d'un cancer du sein.

A propos de ces deux cas nous avons pratiqué une revue des cas analogues publiés dans la littérature avec une analyse succincte de chacun d'entre eux.

ooOoo

OBSERVATIONS

CAS N° 1. -

Monsieur V...

Résumé de l'observation

Agé de 59 ans, entré le 29 novembre 1960 dans le service du Pr DOMART pour des troubles de l'état général remontant à 2 mois.

Asthénie
Amaigrissement de 17 kg en 2 mois
Anorexie
Toux d'apparition récente
Rx poumon le 2 décembre 1960 rien à signaler
V. S. 13-31
Lors de son hospitalisation il existe en outre une dyspnée d'effort

Antécédents :

Maladies éruptives de l'enfance
20 cigarettes par jour
1 litre de vin par jour
régulièrement suivi par le Médecin du Travail
pas d'anomalies.

Examen :

Mauvais état général - Pâleur
Maigreur : 62 kg 1, 70 m
Fièvre : 38° 5

Examen pleuro-pulmonaire NI
cardio vasculaire - coeur régulier bien frappé
rythme 90 T. A. : 12-7.

Abdomen et digestif (bord supérieur en place
Hépatomégalie dure et régulière (bord inférieur
(descendu de 3 T D
Isolée sans circulation collatérale
Ascite
Examen neurologique négatif

Des examens complémentaires sont pratiqués :

N F S anémie G. R. = 3. 300. 000
G. B. = 18. 800 Leucocytes avec
Polynucléose 78 %.

V. S. accélérée 65-92
Urée 0, 20 g par litre
Examen de crachat : flore microbienne banale
Pas de B. K. au direct
Loewenstein en cours

Rx poumons : de grosses calcifications hilaires
un nodule dense projetant au bord inférieur de l'arc postérieur de la 6e côte
surtout une opacité non homogène triangulaire à sommet hilaire occupant les 5e, 6e, 7e espaces intercostaux droits ligne scissurale siègeant sur le segment dorsal du lobe apical droit évoquant une atelectasie par obstruction bronchique.

Tomographie - 3 décembre 1960.
sur les plans de 7 à 13 opacité arrondie dense homogène siégeant 6e, 7e E I partie externe, reliée par des tractus à une 2e opacité non homogène plus étendue, visible surtout sur les plans 7 et 5 située au-dessus et en dedans de la première.

A ce stade on discute surtout une tuberculose qui est éliminée, une polymitose, étant donné :

1° - la topographie des lésions pulmonaires

2° - l'aspect de l'hépatomégalie.

Quinze jours après l'hospitalisation le malade signale une dysphagie qui fait pratiquer des radiographies d'oesophage qui montrent :

- un rétrécissement segmentaire étendu
- une dilatation sus-stricturale.

On pratique alors une broncho-oesophagoscopie

1° - Oesophagoscopie :
à 28 cm des arcades dentaires on a constaté des végétations lisses sténosant pratiquement complètement l'oesophage.

Une biopsie a été faite.

2° - Trachéobronchoscopie.

Compression modérée de la partie inférieure de la face postérieure de la trachée et des bronches principales droites et gauches.

Résultat de la biopsie :

Le prélèvement montre une muqueuse oesophagienne dont l'épithélium normal montre en un point, une petite formation tumorale, en rapport avec l'épithélium, sans architecture bien définie, composée de cellules avec monstruosités et mitoses nombreuses dont les limites cytoplasmiques sont nettes. Certaines cellules sont nécrobiosées.

Je penserai plus volontiers qu'il s'agit ici d'un carcinome épidermoïde dont le point de départ serait sus, sous ou adjacent au prélèvement. La possibilité d'une métastase ne peut toutefois être rejetée.

Evolution :

19. 12. 63 : ponction pleurale droite qui ramène un liquide citrin de formule :

Polynucléaires	80 %
Lymphocytes	12 %
Cellules	8 %
Albumine	20 g/l

Traité par Terramycine
Cortancyl 40 mg/j.
Caryolysine.

A partir du 31 décembre 1960 on note une baisse de diurèse jusqu'à 0, 500 l, le 5 janvier 1961 l'état du malade était tel que l'on demande un ionogramme.

Chlore 55 mEq/I
Sodium 136 mEq/I
Potassium 3, 7 mEq/I
R. A. 36 mEq/I
Urée 1 g/I.

Nouveau bilan ionique le lendemain 6 janvier 1961 :

Chlore	102 mEq
Sodium	139 mEq
Potassium	42 mEq
P M	7, 55
R A	26 mEq
Urée	1, 35 g/l.

Autopsie

A l'ouverture du thorax très abondant épanchement séro-hémorragique droit. La plèvre pariétale et viscérale, le médiastin, le diaphragme sont envahis par une multitude de taches blanchâtres de petite taille.

L'oesophage est envahi par une prolifération tumorale siégeant à la partie moyenne de son trajet thoracique. Il n'y a pas de fistule oesophago-trachéale, mais la face postérieure de la trachée et des bronches souches est envahie par le processus néoplasique.

Aucune métastase dans le parenchyme pulmonaire.

Coeur d'aspect normal. Athérome coronarien sans occlusion. Il existe 3 petites métastases sur l'endocarde du ventricule gauche.

Abdomen : métastases péritonéales diffuses et taches de bougie prédominant à la face inférieure du diaphragme.

Foie : gros, pèse 2 kg, hypertrophie portant uniquement sur le lobe droit alors que le lobe gauche est atrophique. A la coupe : couleur jaune sans aucune métastase, sauf un petit nodule affleurant la face supérieure du colon droit.

Rate : normale, si ce n'est l'envahissement métastatique de la capsule.

Pancréas, reins, tube digestif, petit bassin rien à signaler.

Les deux surrénales sont grosses, la gauche pèse 12 g. il existe une métastase de la taille d'un noyau d'abricot au niveau du pôle inférieur. Il ne reste qu'une mince lame de corticule à la partie supérieure de la tumeur.

La droite pèse 10, 5 g. Il existe une métastase de la taille d'un petit pois au voisinage du pôle supérieur.

Le cerveau a un aspect normal, pas de métastase visible à la coupe.

Examen histologique (Dr TOURNEUR)

Oesophage : carcinome épidermoïde kératinisant.

Foie : lésions de stéatose et de cirrhose annulaire, métastase sous-capsulaire de type kératinisant.

Diaphragme : métastase juxta-diaphragmatique ayant le même aspect que la lésion primitive.

Surrénales : gros foyers métastasiques intra-surrénaliens bilatéraux de type épidermoïde kératinisant. En dehors de cette zone la structure surrénalienne est normale : il n'existe pas d'hyperplasie.

o0o

Mme K...

CANCER DU SEIN AVEC METASTASES SURRENALES ET SYNDROME ALCALOSE HYPOKALIEMIE.

CAS N° 2

Mme K... Marie, 73 ans, sans antécédent pathologique notable, va consulter son médecin-traitant au début du mois de mai 1961 parce qu'elle s'est découvert une tuméfaction du sein droit. Le médecin-traitant est d'emblée frappé par l'existence de troubles psychiques ("état obsessionnel"). Il adresse la malade à la consultation de chirurgie de l'Hôpital Boucicaut ; l'association d'une tumeur mammaire et de troubles psychiques d'apparition récente fait craindre l'existence de métastases cérébrales et la malade est hospitalisée à l'Hôpital Antoine CHANTIN le 17 mai 1961.

Examen.

Il existe un squirrhe atrophique du sein droit, déprimant le mamelon, étendu à toute la glande mais libre sur le plan profond ; il n'y a pas d'adénopathie satellite et toutes les aires ganglionnaires sont normales. L'examen cardio-pulmonaire est normal (T. A. : 13-8). Il existe une volumineuse masse dans la fosse lombaire droite, perceptible en avant, mais donnant le contact lombaire, assez bien limitée, de consistance ferme. Le foie n'est pas palpable ; il n'y a pas de splénomégalie. L'examen neurologique est négatif, mais il existe une importante confusion mentale. Il existe une nette déshydratation globale.

Le cliché thoracique montre un coeur d'aspect normal ; les champs pulmonaires sont normaux.

Le cliché sans préparation de l'abdomen montre à droite de la colonne vertébrale, 2 ombres partiellement superposées : une ombre arrondie externe de la taille d'un pamplemousse, dont le bord supérieur se projette sur la partie externe de la 11e côte ; au pôle supéro-interne de cette ombre, on voit une autre opacité un peu moins dense, qui paraît bien correspondre à la moitié supérieure du rein, la moitié inférieure étant masquée par l'opacité principale.

- Hémogramme : 3. 550. 000 G. R. , 29600 G. B. : 92 % de PN, 8 % de lympho.
- V. S. : 89-110 mm (2 premières heures)
- Ni sucre ni corps cétoniques dans les urines, mais une albuminurie appréciée qualitativement.
- Le fond d'oeil ne montre pas de signes d'hypertension intra-crânienne.

Le 18 mai, d'autres examens complémentaires sont pratiqués :
- Glycémie : 2 g/l
- Azotémie : 2, 70 g/l.

Le 20 mai :
- Azotémie : 4 g/l
- Na : 3, 10 g/l, soit 135 mEq
- Cl : 2, 40 g/l, soit 68 mEq
- K : 130 mg/l, soit 3, 3 mEq
- R. A. : 104 volumes, soit 46 mEq
- Urée urinaire : 15, 50 g/l
- Glycémie : 1, 55 g/l
- Protides totaux : 90 g/l
- Culot urinaire : normal.

Au total, il existe une nette hémoconcentration, une alcalose avec hypokaliémie et une hypochlorémie considérable.

Les jours suivants, malgré la réhydratation parentérale, le syndrome biologique demeure inchangé :

- malgré une glycémie oscillant entre 1, 15 et 1, 90 g, il n'y aura jamais de sucre dans les urines.

- L'azotémie reste aux alentours de 4, 50 g/l.

- La kaliémie oscille entre 110 mg/l (3, 9 mEq) et 190 mg/l (4, 9 mEq).

- L'hypochlorémie est toujours majeure : entre 2, 35 g/l (67 mEq) et 2, 66 g/l (74 mEq).

- La natrémie demeure assez basse : entre 2, 90 g/l (126 mEq) et 3 g/l (131 mEq).

- La R. A. est toujours très élevée entre 82 et 106 volumes (37 et 47 mEq).

- Un dosage de la calcémie donne un chiffre de 75 mg/l.

- Deux E. C. G. faits les 23 et 24 mai ne montrent pas de modifications de la phase terminale, ni d'anomalies de l'espace QT.

- Dosages hormonaux : 17-cétos. 13, 4 mg/24 h.
17 OH cort. 4, 3 mg/24 h.

La malade meurt le 26 mai dans la soirée. L'ionogramme montrait le matin même :

- Urée : 3, 60 g/l
- Glycémie : 1, 90 g/l
- Na : 3 g/l (130 mEq)
- K : 150 mg/l (3, 8 mEq)
- Cl : 2, 66 g/l (74 mEq).

Une chute tensionnelle était apparue la veille.

AUTOPSIE.

- Volumineux estomac.

Il y a brusquement éclatement de la vésicule biliaire, et il en sort une masse purulente verdâtre très abondante de pyocholécyste.

- Foie d'aspect muscade,
un petit kyste,
métastases disséminées dont une, volumineuse, bloque le cystique,
2 petits calculs du cholédoque.
- Rein droit : volumineux kyste du pôle inférieur.
- Rein gauche : normal.
- Surrénale droite : un peu grosse. Poids 8 g.
- Surrénale gauche : volumineuse. Poids 10 g.

Examen histologique

Sein : scléro-carcinome formé de travées épithéliomateuses à cellules polyédriques glandulaires indifférenciées, dispersées par un très abondant stroma scléreux ou fibrinoïde.

Foie : Il existe une association de métastases hépatiques, d'aspect de foie cardiaque et de lésions d'angiocholite sous forme d'infiltration de polynucléaire dans la plupart des espaces portes.

Rein : quelques lésions de néphrite interstitielle chronique. Il n'y a pas de clarification des cellules des tubes contournés.

Capsules surrénales : à gauche, petit adénome de 2 cm de diamètre fait d'éléments cortico-surrénaliens inégalement chargés de lipides et disposés en cordons plus ou moins épais. Il n'y a pas d'atypicité architecturale. Le reste de la surrénale montre un aspect d'hyperplasie.

A droite, hyperplasie moins volumineuse mais qualitativement de même type.

En somme il s'agit d'une hyperplasie adénomateuse cortico-surrénale bilatérale.

Au total nous avons vu que dans ces deux cas il n'existait aucun signe clinique d'hypercorticisme et que la traduction de celui-ci fut uniquement biologique : alcalose avec hypokaliémie.

C'est l'autopsie qui a permis - en montrant dans le 1er cas des métastases surrénales - dans le second cas une hyperplasie oedémateuse, de conclure formellement à l'existence d'une hypercorticisme paranéoplasique.

Les deux cas que nous venons de rapporter sont particuliers du fait de leur étiologie un cancer du sein dans le 2e cas. Un cancer de l'oesophage dans le 1er cas, qui nous semble être le 1er cas rapporté d'une telle association.

En effet il résulte de la revue de 101 cas que nous avons relevés - dont les 2 nôtres que la répartition des étiologies est la suivante :

- cancers bronchiques 46
- tumeurs thymiques 16
- tumeurs pancréatiques 13
- divers 25

Il ressort donc de cette revue plusieurs éléments - déjà notés - que nous confirmons.

- La fréquence particulière des tumeurs bronchiques

- La fréquence relative des tumeurs thymiques et pancréatiques.

Dans l'association cancer et hypercorticisme il existe donc une répartition bien différente de la distribution habituelle des cancers où il existe une prédominance des cancers digestifs, des cancers génitaux surtout chez la femme.

Les cancers bronchiques.

C'est l'étiologie la plus fréquemment retrouvée puisqu'elle représente 45, 5 % des tumeurs en cause.

Une constatation particulière se dégage de l'étude de ces tumeurs bronchiques, c'est la fréquence des carcinomes bronchiques indifférenciés à petites cellules : 25 cas sur 46 soit 54, 3 % des tumeurs bronchiques alors que leur fréquence habituelle est de 10 à 14 %.

Il faut par ailleurs souligner dans cette série :

- L'observation récente d'Escovitz et de Reingold concernant un carcinoïde bronchique (27).

- Les 2 observations de COHEN (15) qui concernent 2 tumeurs qui s'étaient accompagnées d'hypercorticisme et qui lors d'un premier examen anatomo-pathologique avaient été étiquetées adénome.

Dans ces 2 cas l'auteur après relecture des coupes note leur parenté histologique avec les thymomes et les cancers bronchiques anaplasiques à petites cellules.

Les tumeurs thymiques.

Sont une autre des étiologies classiques, des hypercorticismes paranéoplasiques. Leur fréquence est bien moindre que celle des tumeurs bronchiques puisque nous n'en relevons que 16 cas sur 101 soit 15, 8 %.

Dès maintenant il faut souligner la relative fréquence de l'association cancer du thymus et hypercorticisme eut égard à la rareté de ces tumeurs.

Dans quatre cas il s'agit d'enfants de 10 à 15 ans (13 - 43 - 68 - 72) ; les douze autres cas sont survenus chez des adultes âgés en moyenne de 40 ans.

Les tumeurs pancréatiques.

Elles représentent la troisième étiologie classique des hypercorticismes paranéoplasiques, nous en avons retrouvé treize cas soit 12, 8 %.

Là aussi il faut noter un fait particulier : la relative fréquence des adénocarcinomes langheransiens (4 - 9 - 66 - 81) qui sauf dans le cas de BALLS (4) n'on pas entraîné d'hypoglycémie mais un diabète.

Les tumeurs diverses.

Elles sont au nombre de 26 dans notre revue soit 25, 7 % des cas. Les causes les plus diverses sont représentées ici et se répartissent ainsi.

Appareil digestif 6 -
- vésicule biliaire 1
- carcinoïde de l'estomac 1
- oesophage (notre cas personnel) 1
- colon gauche 2
- foie 1

Origine nerveuse 4 -
- cranio-pharyngiome
- neuroblastome
- ganglioneuroblastome
- sympathicoblastome

Origines diverses 16
- trachée 1
- rein 1
- thyroïde 3
- prostate 1
- séminome 1
- sein 3
- utérus 1
- ovaire 5

La répartition suivant le sexe est-elle aussi remarquable puisque sur cent cas nous avons 52 femmes et 48 hommes.

Elle est donc très différente de celle des hypercorticismes banaux puisqu'alors suivant les statistiques il y a une prédominance d'hypercorticisme féminin dans 63 à 86 % des cas.

Il faut d'autre part noter la relative fréquence des tumeurs bronchiques primitives dans le sexe féminin, puisque le pourcentage de femme est de 40 %, ce qui est bien différent de l'habituelle répartition des tumeurs bronchiques primitives sans hypercorticisme associé où il existe une énorme prédominance de cas masculins.

La clinique.

Dans 40 % des cas environ le syndrome d'hypercorticisme est au complet.

Dans 20 % des cas l'hypercorticisme n'avait aucune traduction clinique et était alors soupçonné sur les résultats des examens biologiques et confirmé par l'autopsie quand il n'était pas une découverte d'autopsie.

D'après l'analyse des 101 cas de notre série la fréquence des différents signes cliniques s'établit ainsi :

	Nbre de cas.	Pourcentage
- obésité	54	53,4 %
- hypertension	52	51,4 %
- faciès lunaire	45	44,5 %
- hirsutisme	31	30,6 %
- vergetures	20	19,8 %
- oedème	33	32,6 %
- ostéoporose	15	14,8 %
- diabète	66	65,3 %

Il ressort donc de ce tableau :

- la fréquence de l'obésité ou du moins de la prise de poids alors même qu'il existe un processus malin en évolution.

- la quasi-constance du diabète sucré qui est sévère et difficile à équilibrer.

Par ailleurs il faut noter la fréquence des troubles psychiques. Dans notre cas n° 2 il existait une désorientation telle qu'au début on avait tout d'abord pensé qu'il s'agissait d'une métastase cérébrale du squirrhe du sein, hypothèse qui fut infirmée par l'autopsie.

Biologie

Nous avons vu que dans 20 % des cas environ, et en particulier dans les deux notres - la traduction de l'hypercorticisme était purement biologique.

Ce syndrome biologique est caractérisé par une alcalose avec hypokaliémie. Cette association est pratiquement constante dans les hypercorticismes associés à une tumeur maligne.

Dans la série que nous avons analysée :

- la réserve alcaline a été mesurée dans 63 cas et il existe une alcalose dans 57 cas soit 90,4 %.

- la kaliémie a été mesurée dans 72 cas il existe une hypokaliémie, dans 62 cas soit 84,7 %.

- enfin sur 60 cas où la réserve alcaline et la kaliémie ont été dosées conjointement nous trouvons 51 cas d'alcalose avec hypokaliémie, soit 85 % des cas.

Dans les hypercorticismes évoluant en l'absence de toute tumeur maligne les troubles ioniques et l'alcalose sont beaucoup plus modérés que dans les hypercorticismes paranéoplasiques.

L'association d'une alcalose importante et d'une hypokaliémie sévère au cours d'un syndrome de Cushing doit faire suspecter son origine paranéoplasique et rechercher la tumeur causale.

De même au cours de l'évolution d'un cancer la survenue d'un syndrome d'alcalose hypokaliémie doit faire penser à la possibilité d'un hypercorticisme paranéoplasique et le faire rechercher.

En règle général on ne peut faire appel à une hypersécrétion d'aldostérone pour expliquer ces troubles. C'est dans l'excès de sécrétion des glucocorticoïdes qu'il faut rechercher l'explication.

De fait dans notre survie, sur 51 cas d'alcalose avec hypokaliémie nous trouvons une hypersécrétion de glucocorticoïdes dans 35 cas soit dans 68,6 % des cas.

Le pourcentage devient bien supérieur si on ne s'occupe que de l'hypokaliémie puisque dans 62 cas d'hypokaliémie les glucocorticoïdes sont augmentés 46 fois, soit dans 74,1 % des cas.

Les dosages hormonaux.

Ils révèlent une hypersécrétion du cortex surrénal non seulement des glycocorticoïdes mais aussi des 17-cétostéroïdes.

Dans les cas que nous passons en revue les corticoïdes ont été dosés dans 45 cas pour les 17 OH. Les chiffres trouvés sont supérieurs à 10 mg/24 h dans 43 cas sur 45 et à 20 mg/24 h dans 35 cas.

Les chiffres d'excrétion urinaire dépassent 100 mg/24 h dans 9 cas le maximum étant de 161 mg/24 h.

Les 17-cétostéroïdes ont été dosés dans 67 cas les chiffres d'excrétion quotidienne sont supérieurs à 15 mg dans 54 cas, le chiffre d'excrétion maximum atteint étant de 158 mg/24 h.

Les chiffres les plus fréquemment retrouvés se situent entre 20 et 60 mg/24 h.

Anatomie pathologique.

Assez fréquemment on retrouve des métastases surrénaliennes : dans 24 cas sur 120 dans notre revue.

Souvent alors l'évolution a été très brutale, le syndrome d'alcalose-hypokaliémie précédant de quelques jours la mort comme dans notre cas n° 1. Une hypertrophie des capsules surrénales a été retrouvée dans 48 cas, elle peut être oedémateuse comme dans notre cas n° 2.

Dans les autres cas on ne possède pas de renseignements sur l'état des surrénales ; ou bien elles sont normales ; l'hypercorticisme demeure alors en fait une pétition de principe.

La précision de l'un ou l'autre syndrome par rapport à l'autre est le plus souvent difficile à établir, le cancer et l'hypercorticisme sont présents lors du premier bilan.

Cependant, dans certains cas l'hypercorticisme peut précéder de plusieurs années la découverte du cancer, le problème est alors de savoir s'il existe réellement un rapport quelconque entre l'hypercorticisme et la tumeur maligne.

Dans 1 cas d'EDMUNDS (26) une surrénalectomie pour hypercorticisme avait été pratiquée deux ans avant que l'on ne découvre un cancer du sein.

Dans un cas d'ENGEL (28) rapporté aussi par MEADOR (53) les signes d'hypercorticisme étaient apparus 5 ans avant le décès par cancer du poumon avec une récidive 1 an après la surrénalectomie.

PARRISH (60) rapporte un cas de neuroblastome où l'hypercorticisme fut découvert 3 ans avant le cancer et avait fait pratiquer une surrénalectomie.

Enfin il faut noter que dans de nombreux cas c'est l'autopsie qui a fait découvrir le cancer primitif chez des malades décédés ayant présenté des signes d'hypercorticisme.

Parfois le syndrome tumoral peut précéder de plusieurs mois l'apparition des signes d'hypercorticismes ; deux ans dans un cas de cancer du col de l'utérus rapporté par BERTHELOT (5), cinq ans dans un cas de WEBSTER (78).

Le plus souvent alors l'hypercorticisme se révèle à la phase terminale et d'une manière explosive. Parfois seules les constatations biologiques font penser à la possibilité d'un hypercorticisme associé comme dans nos 2 cas et dans ceux rapportés par BAGSHAWE (3) et CROSNIER (17).

Il nous faut maintenant envisager les rapports entre le cancer et l'hypercorticisme.

S'agit-il de la coexistence fortuite de deux affections différentes ?

On peut envisager cette hypothèse quand un très long délai sépare l'apparition de l'hypercorticisme et du cancer.

Pour la plupart des autres cas il ne semble pas s'agir d'une simple coïncidence pour diverses raisons. Car en cas de cancer du poumon il s'agit essentiellement de tumeurs à petites cellules qui sont les moins fréquentes des tumeurs bronchiques malignes.

Dans les cas de cancer du thymus la coexistence de deux affections aussi rares est plus qu'une coïncidence.

Dans les cas de tumeurs pancréatiques le fait qu'il s'agisse fréquemment de carcinome langhéransien, l'âge auquel surviennent ces tumeurs, leur survenue fréquente chez des femmes sont là des caractères bien particuliers qui font penser que la survenue concomitante d'un hypercorticisme et d'une telle tumeur est plus qu'une simple coïncidence.

Enfin à l'autopsie de cancéreux certains auteurs - PRATT et WELCH (82) - ont trouvé une hypertrophie corticosurrénale chez 5,2 % des sujets porteurs d'un cancer unique et chez 7,5 % des sujets porteurs de lésions cancéreuses multiples, alors que chez les sujets non cancéreux on ne trouve une hyperplasie que chez 3,1 % d'entre eux.

Quant au problème de savoir quelles sont les relations exactes entre l'hypercorticisme et la maladie cancéreuse il est difficile à résoudre.

Certains arguments plaideraient en faveur du rôle joué par l'hypercorticisme sur l'évolution du cancer argument d'autopsie en particulier.

En fait l'hypercorticisme semblerait plutôt réactionnel que ce soit par métastase surrénale, mais dans ce cas il s'agit le plus souvent d'un syndrome alcalose - hypokaliémie sans traduction clinique de la série du syndrome de Cushing. Que ce soit par trouble de la conjugaison des stéroïdes au niveau du foie étant donnée la fréquence des métastases hépatiques, mais aucun argument positif n'a pu être apporté à l'appui de cette hypothèse.

Enfin par l'élaboration par certaines tumeurs de substances agissant soit sur l'axe hypophyso-surrénal soit directement sur le cortex surrénal comme il ressort des expérimentations faites dans le cas de MARKS (50) - MEADOR 53 (4 cas 65 - 66 - 67 - 68 ce dernier cas présenté par ENGEL et FRANK (28) - NICHOLS (58) - SCHOLZ (88).

LIDDLE (83) dans une revue de 13 cas dont ceux de ENGEL, MEADOR, SCHOLZ trouve une substance à action corticotrophique dans la tumeur primitive et les métastases, substance qui entraîne une augmentation de la pigmentation par stimulation des mélanocytes chez la grenouille, une déplétion en acide ascorbique chez le rat.

Il estime qu'il existe une grande similitude entre cette substance et l'A. C. T. H. mais qu'il est impossible de conclure à leur identité formelle.

Mais à l'opposé, des recherches faites dans ce sens par BAGSHAWE se sont avérées négatives. Pour d'autres il s'agirait de substance de type CRF qui agiraient sur la sécrétion corticotrope de l'hypophyse.

En réalité, la multiplicité des hypothèses ne permet pas de conclure formellement en faveur de l'une ou l'autre d'entre elles.

En conclusion, au terme de cette revue, nous avons pu constater que l'hypercorticisme est loin d'être toujours complet. Dans un nombre appréciable de cas -dont les deux nôtres -le diagnostic n'a été fait que sur les données de la biologie qui révèlent une forte hypokaliémie avec une alcalose franche, cette association et ces chiffres doivent faire évoquer le diagnostic, car elle est exceptionnelle avec de tels taux dans les syndromes de Cushing habituels.

Ces troubles électrolytiques ne semblent pas pouvoir être expliqués par une hypersécrétion d'aldostérone car les taux d'excrétion sont en général normaux en bas, c'est l'excès de glucocorticoïdes qui semble pouvoir donner la clef de ces troubles électrolytiques.

Anatomiquement il s'agit dans la majorité des cas - dont notre 2e - d'une hyperplasie simple des surrénales du même type que celle du syndrome de Cushing habituel. Assez fréquemment on retrouve des métastases surrénales - en particulier dans notre 1er cas - et rarement alors l'évolution est très brutale, le syndrome d'hypercorticisme paranéoplasique survenant à la phase pré-terminale.

Quant au mécanisme de ces troubles il reste encore mystérieux et discuté mais semble être en rapport avec un dysfonctionnement de l'axe hyperphyso-surrénalien.

ooo0ooo

Abréviations employées :

M = mâle
F = femme
HTA = hypertension artérielle (maxima égale ou supérieure à 16).

1°/ ALLOT

1 - Cancer à petites cellules du poumon
Mâle - 61 ans.
Hypertension artérielle
Oedème
K 2,8
Na : 159
CO_3H : 41,5

17-Céto. 22,3
17 OH : 62,6
Diabète
H C S
Métastase surrénale - Foie - diverses

2 - Cancer à petites cellules du poumon
Femme - 59 ans.
Hirsutisme
Faciès lunaire
Oedème
K = 2,2 Na CO_3H = 38

17-céto. 15,2 - 17 OH 136
H C S
Métastases : Foie

2°/ ARMANDO

3 - Cancer du pancréas
Mâle - 34 ans
Obésité
Vergetures
Faciès lunaire
Diabète
Métastases diverses

3°/ BAGSCHAWE

4 - Thymus
Mâle - 53 ans.
Obésité
Faciès lunaire
Hypertension artérielle
K = 2,6 Na 145 CO_3H = 35-1

17-céto : 37 170 H = 66
HCS
Métastases diverses

4°/ BALLS

5 - Cancer du pancréas
Femme - 36 ans.
Obésité
Faciès lunaire
Vergetures
Hirsutisme
K = 3,9 Na 147 CO_3H 29-9

17-Céto. 151 Corticoïdes augmentés
Surrénales D 21 g G 21 g
Métastases surrénales Foie et diverses

5°/ BERTHELOT 6 - Cancer du col de l'utérus
Femme - 52 ans
Hirsutisme
Faciès lunaire
Hypertension artérielle
Diabète
Na 151 K 3,9 CO_3H = 33
17 Céto. 15,2 117 OH 20,9 mg
Stimulation positive
Freination négative
Métastases hépatiques
H C S
Surrénales D_r 15 g g 18 g

6°/ BILLINGHURST 7 - Cancer bronchique à petites cellules
Femme - 57 ans
Obésité
Vergetures
Faciès lunaire
Hypertension artérielle
Diabète
Na 150 K 2,3 CO_3H = 25
17-Céto. 60,2 mg
Métastases foie, surrénales, diverses
H C S Surrénal D_2 22 g 25 g

8 - Cancer bronchique à petites cellules
Femme - 52 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Diabète
Na 144 K : 3,6 CO_3HN normaux.

17 OH 64 - 72 mg 17 céto. 34
Epreuve de freination négative
H C S
Métastase surrénale - Foie

7°/ BOK 9 - Cancer broncho-pulmonaire
Femme - 46 ans
Oedème
Diabète
Na 134 K = 3,9 CO_3H 30
17 céto. élevés.

H C S
Métastases diverses

8°/ BORNSTEIN 10 - Cancer de la trachée
Homme - 53 ans
Oedème
Na = 141 K = 2,1 CO_3H 48,1
17-Céto. 35 17 OH 41,5
Diabète
Surrénale D 23 g G 21 g
Métastases : Foie

9°/ BOURGEOIS 11 - Cancer du pancréas
Femme - 62 ans
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Hirsutisme
Oedème
Na 147 K 3,9 CO_3H 29,9
17-céto. 19,7 17 OH 17,9
Diabète
H C S
Métastases : foie.

10°/ BROWN 12 - Cancer pulmonaire à petites cellules
Femme de 45 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Hirsutisme
Oedème
Diabète
H C S

11°/ BROWNE J. S. L. 13 - Cranio-pharyngiome
Mâle - 48 ans
Hypertension artérielle
Oedème
Na 154 K 2,47 CO_3H 35,9
Diabète
17 céto 25
Surrénales D 16 g G 21 g

12°/ BRICKNER 14 - Carcinome indifférencié de la vésicule biliaire
Homme
Obésité
Hypertension artérielle
Diabète

Na 145 K 3,2 CO_3H 36,8
17-céto. 38,5
Métastases hépatiques.
Surrénales de volume normal.

13°/ BURGSTEDT 15 - Thymus
Femme - 10 ans
Obésité
Faciès lunaire
Vergetures
Hypertension artérielle
Hirsutisme
Ostéoporose
K bas
17 céto. 58 17 OH élevés
Diabète
H C S
Métastases diverses

14°/ CHAO-LING 16 - Cancer broncho-pulmonaire
Homme - 40 ans
Obésité
Faciès lunaire
Hirsutisme
Ostéoporose
K 3,3
Diabète
H C S
Métastases diverses.

15°/ COHEN 17 - Adénome bronchique
Homme - 33 ans
Obésité
Faciès lunaire
Hypertension artérielle
Electrolytes Normaux H C S

18 - Adénome bronchique
Femme - 25 ans
Obésité
Faciès lunaire
H C S

Dans ces 2 cas d'adénomes bronchique l'auteur note la parenté histologique avec les thymomes et les cancers bronchiques à petites cellules.

16°/ CHRISTY 19 - Cancer broncho-pulmonaire
Femme - 50 ans
Faciès lunaire
Diabète

K = 2,2 CO_3H 40,9

17-Céto. 50 17-OH 90
H C S
Métastases foie

20 - Cancer broncho-pulmonaire
Femme - 51 ans
Faciès lunaire
Ostéoporose
17-céto. 42
Corticoïdes plasmatiques élevés

17°/ CROSNIER

21 - Cancer du poumon à petites cellules
Homme - 49 ans
Hypertension artérielle
Na 150 K 1,75 CO_3H 58 pH 7,50
17 céto. 24 17 OH 15
Métastases surrénales et diverses.

22 - Recto-sigmoïde
Femme - 55 ans
K 1,5 Na 150 CO_3H 40 pH 7,69

23 - Siège non précisé
Homme - 49 ans
Hypertension artérielle
Oedème
K_3 Na 143 CO_3H 37,3
17-céto. 18,2 17 OH 89

18°/ DANCOT

24 - Thymus
Homme - 41 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Vergetures
Hirsutisme
Oedème
Diabète
H C S
Métastases diverses.

19°/ DAVIS

25 - Carcinoïde argent affiné de l'estomac
Obésité
Hypertension artérielle
Diabète
17 OH 160 17 céto. 80

Epreuve de freination négative métastases hépatiques et diverses surrénales D_r 15 g G 13,6 g.

20°/ DEL CASTILLO	26	Pancréas Femme - 38 ans Obésité Hypertension artérielle Faciès lunaire Hirsutisme Oedème Diabète CO_3H : 33 Surrénales D_2 17 g G 15 g Métastases : surrénales et diverses
21°/ DIFERRANTE	27	Séminome Femme - 33 ans Obésité Faciès lunaire Vergetures Hirsutisme Diabète Na 110 K 4,4 17 Céto 19,45 17 OH augmentés
22°/ DOMART	28	Oesophage Homme - 59 ans Na 136 K 3,7 CO_3H 36 Surrénales D_2 10,5g G 12 g Métastases - Foie - surrénales
	29	Squirrhe atrophique du sein Femme 73 ans. Diabète Na 126 K 2-9 CO_3H 47. 17-Céto. 13,4 mg 17 OH 4,3 H C S surrénal D_2 8 g G 18 g Métastases : Foie.
23°/ DUGUID	30	Thymus Femme - 64 ans Diabète H C S Métastases diverses
24°/ DYSON	31	Thyroïde Femme - 19 ans Obésité Faciès lunaire Vergetures Hirsutisme Ostéoporose

17-Céto. 14, 4
Surrénales 25 g
Métastases foie et diverses
Diabète.

25°/ EDMUNDS 32 Ovaire et médiastin
Femme - 42 ans
Oedème
Diabète
K 1, 3 Na 148 CO_3H 52
17 céto. 36 17 OH 100
Surrénales D_2 10 g G 15 g

26°/ EDMUNDS 33 Sein
Femme - 42 ans.
K 1, 3 mEq
Faciès lunaire
17 OH 100
Corticotrophine augmenté
Surrénalectomie en 1956
découverte du cancer du sein en 1958
Métastases pulmonaires - ovariennes.

27°/ ESCOVITZ 34 Carcinoïde bronchique
Homme - 35 ans
Faciès lunaire
Oedème
Hypertension artérielle
Ostéoporose
K 2, 1 Na 133 CO_3H 35
17-Céto. 34
Corticoïdes élevés
Diabète
Surrénales D_r 53 g G 44 g

28°/ ENGEL 35 Cancer à petites cellules du poumon
Femme - 48 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Diabète
Na 151, 9 K 2, 8 CO_3H 36, 6
17 OH 35 à 42
Activité corticotrophique des fragments tumoraux
Surrénale D_2 12 g H C S Métastases.

1° - Cushing apparu en 1955 surrénalectomie droite

2° - Récidive en 1956 avec apparition d'un goitre traité par thyroïdectomie à l'histologie cellules malignes non classifiées.

3° - En 1960 décès hypertrophie du fragment huméral gauche lors de la vérification.

29°/ FARRANT 36 Cancer du pancréas
Homme - 47 ans.
Oedème
Diabète
K 1, 5 CO_3H alcalose
17 OH 134 17 Céto. 59
Aldostérone 16 mg
Surrénales H C S

30°/ FRANCK 37 Thymus
Femme - 22 ans.
Obésité
Hypertension artérielle
Vergetures
Faciès lunaire
Hirsutisme
H C S

31°/ GELFMAN 38 Cancer anaplastique du poumon
Homme - 74 ans
Na 149 K 2 CO_3H 52
17 céto. 68, 5 mg
Surrénales 29, 9 g
H C S
Métastases surrénales et diverses

32°/ GOLD 39 Cancer bronchique
Homme - 48 ans.
Oedème
Na 132 K 2 CO_3H 58 pH 7, 50
17-céto 24 17 OH 15
Métastases : surrénales et diverses

33°/ HARRISON 40 Cancer bronchique
Femme 55 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Vergetures
Hirsutisme
K = 2 CO_3H : 3 g

Diabète
Métastase : Foie

34°/ HEMLEY 41 Cancer bronchique à petites cellules
Homme - 38 ans
Obésité
Diabète
Na 143 K 4 CO_3H 67,3 vol.
17 céto. 44,8 mg 110 mg 21,3 mg
Métastases surrénales
Surrénales G 15 g D 3 g
Traité par radiothérapie et surrénalectomie

35°/ HÖKFELT 42 Thyroïde
Femme - 31 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Hirsutisme
Oedème
Na 145 K 2,2 CO_3H 38
17 céto. 32 17 OH 38
Métastases foie et diverses
Surrénales D_r 17 g G 17 g

36°/ HUBBLE 43 Thymus
Homme - 45 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Hirsutisme
Na 138 K 3,1
Diabète
17 Céto 21
H C S

37°/ HUDSON 44 Cancer bronchique à petites cellules
Femme 64 ans
Hypertension artérielle
Diabète
Na 150 K 2 CO_3H 43

17 Céto 57,1 mg
17 OH 62,1 mg
Epreuve de freination et de stimulation positive.
Métastases hépatiques et diverses
Surrénales D_r 15 g G 30 g

38°/ KAPLAN 45 Sympathicoblastome
Homme - 14 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Hirsutisme
Ostéoporose
Métastases : surrénales et foie

39°/ KEPLER 46 Cancer du pancréas
Femme - 30 ans
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Hirsutisme
Oedème
Diabète
H C S
Métastases : surrénales et diverses

47 Thymus
Femme - 46 ans.
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Hirsutisme
Ostéoporose
CO_3H 51, 5
Diabète
Surrénales 59 g

40°/ KOGUT 48 Ganglioneuroblastome
Fille - 13 mois
Obésité
Hypertension artérielle
17-Céto. 1, 1 mg
17 OH 15, 4 mg
Intervention entraînant la guérison.

41°/ KOVACH 49 Cancer à petites cellules
Homme - 22 ans
Obésité
Faciès lunaire
Oedème
Diabète
Na 147 K 2, 9 CO_3H 33
17-céto. 22
Surrénales D. 57 g G 29 g
Métastases : surrénales - foie.

42°/ LEWIS 50 Cancer à petites cellules des bronches
Homme - 41 ans.

Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Oedème
Na 160 K 2,4 CO_3H : 44
17-céto. 55,7 17 OH 139
Diabète
H C S
Métastases : surrénales et diverses.

43°/ LEYTON 51 Cancer du thymus
Homme - 11 ans
Obésité
Faciès lunaire
Hirsutisme
Diabète
Surrénales : 20,6 g

52 Cancer du thymus
Homme - 31 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Vergetures
Diabète
Surrénales 44,3 g
Métastases diverses.

44°/ LOCKWOOD 53 Cancer du sein
Femme - 53 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Vergetures
Hirsutisme
Oedème
Na 138 K 2,2
17 céto 24
Diabète
Surrénales 44 g
Métastases diverses

54 Cancer bronchique
Homme - 61 ans.
Hypertension artérielle
Diabète
Na 141 K 2,2 CO_3H 41,5
17-céto. 18,5 17 OH 92,8
Surrénales D_r 25 g G a peu près de même taille.

45°/ MACH 55 Cancer bronchique
Homme 54 ans
Diabète
Na 151 K 2,7 CO_3H 42 pH 7,72
Corticoïdes augmentés
H C S
Métastases : surrénales, foie et diverses

56 Cancer bronchique à petites cellules
Femme - 60 ans
Na 156 K 2,7 CO_3H 44,4 pH 7,50
17-OH 43
Surrénales 23
Métastases surrénales foie et diverses

46°/ Mac PHEE 57 Cancer bronchique
Femme - 42 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Vergetures
Hirsutisme
Oedème
Ostéoporose
Na 167 K 3,8
17 céto 8,5 17 OH 18
Diabète
H C S

47°/ Mac CULLAGH 58 Cancer du thymus
Homme - 39 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Oedème
Na 147 K 2,9 CO_3H 36,7
17 Céto. 30 17 OH 24,6
Diabète
Surrénales D 17 g G 23 g

48°/ Mac LETCHIE 59 Cancer du pancréas
Femme 26 ans.
Faciès lunaire
Hirsutisme
Surrénales D 12,8 g G 16 g
Métastases Foie et diverses

49°/ MARKS 60 Cancer bronchique
Homme 64 ans.

Na 139 K 4,2 CO_3H 29
Corticoïdes augmentés
Surrénales D 21 g G 33 g

50 °/MARKS 61 Cancer anaplastique du poumon
Homme - 49 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Diabète
Na 150 K 3 CO_3H 34,7
17 céto. 61 mg 17 OH 114 mg
Test à la dexaméthasone négatif
Surrénales Dr 22 g G 15 g
Métastases hépatiques
Essai de l'action corticotrophique
de la tumeur initiale positif
des métastases négatif

51°/ MASSACHUSETTS GH
62 Cancer bronchique à petites cellules
Femme - 76 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Faciès lunaire
Hirsutisme
Oedème
Na 140 K 3 CO_3H 42 pH 7,55
17 céto. 43,2
Diabète
Surrénales 38 g
Métastases diverses.

52°/ MASSACHUSSETTS GH
63 Cancer bronchique à petites cellules
Homme - 66 ans
Hypertension artérielle
Na 146 K 2 CO_3H 43 pH 7,56
17 céto. 23 17 OH 39
Surrénales 30 g
Métastases : Foie et diverses.

53°/ MEADOR 64 Cancer du poumon à petites cellules
Homme - 61 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Diabète
Na 153 K 2,7 CO_3H 40

17-Céto. 43 mg 17 OH 128

Stimulation légèrement positive
Freination par dexaméthasone négative
Métastases diverses.

65 Cancer du poumon à petites cellules
Homme 53 ans
Diabète
Na 146 K 3 CO_3H 33
17-céto. 13 mg 17 OH 20 mg
Stimulation positive
Freination négative
Métastases : surrénales
Tumeur contenant une substance à action corticotrophique

66 Cancer du pancréas
Femme de 47 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Diabète
Na 149 K 2 CO_3H 44
Métastases diverses 17 OH 41 mg
H C S
Stimulation positive
Freination négative
Tumeur contenant une substance à action corticotrophique

67 Cancer du poumon à petites cellules
Homme de 58 ans
Hypertension artérielle
Diabète
Na 141 K 3,2 CO_3H 32
17 Céto. 106 17 OH 116
Métastases diverses
Surrénales D_r 15 g G 16 g
Substance à action corticotrophique dans la tumeur

59°/ NORRIS 74 Ovaire
Femme - 34 ans
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Hirsutisme
Oedème
K bas CO_3H élevés
Diabète
Surrénales 26 g
Métastases - Foie et diverses.

60°/ PARRISH J. A. 75 Neuroblastome du thorax
Homme de 60 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Ostéoporose
Oedème
Diabète
Na 146 K = 2, 8
17 céto. 15 17 OH 37, 6
Surrénales H C S
Surrénalectomie bilatérale en 1958
Exitus en 1959
Métastases : foie et diverses.

61°/ PARSONS 76 Ovaire
Femme - 64 ans
Faciès lunaire
Hypertension artérielle
Hirsutisme
Oedème
Na 148 K : 2, 6 CO_3H 34
17-céto. 23 17 OH élevés
Diabète
Surrénales 26 g
Métastases : Foie et diverses

62°/ PFOHL 77 Cancer du poumon à petites cellules
Homme - 25 ans
Obésité
Diabète
Na 141 K 3, 8 CO_3H 29, 6 pH 7, 45
17 céto 33, 8 17 OH 14, 7
Métastases hépatiques
Test de stimulation positif
de freination positif pour les 17 OH
Surrénales D_r 2 g G 3 g.

63°/ PIPER 78 Foie
Femme 25 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Vergetures
Ostéoporose
Diabète
K 3, 3 CO_3H 30, 4
17-céto. 44 mg
Métastases pulmonaires
Surrénales 2 1 g

64°/ RIGGS 79 Carcinome du pancréas
Femme de 61 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Diabète
Alcalose
Corticoïdes augmentées
H C S Dr 6,6 g G 3 g
Métastases hépatiques.

80 Hypernéphrome droit
Femme - 47 ans
Obésité
Corticostéroïdes augmentés
Surrénales D_r 9,2 g G 7,8 g
Guérison après néphrectomie

81 Cancer du poumon
Femme de 40 ans
Hyperplasie des cortico-surrénales
Syndrome de Cushing aigu
cité en appendice à l'article

65°/ ROBERTS 82 Tumeur de la thyroïde
Femme - 13 ans
Obésité
Vergetures
Tétanie
Na Nl K Nl CO_3H Nl
17-céto. et 17 OH à la limite sup. de la Nle
Métastases : ganglion hilaire gauche
Surrénales Nles au R. P. P.

66°/ ROSENBERG 83 Pancréas
Femme - 40 ans
Faciès lunaire
Hirsutisme
Ostéoporose
Oedème
Na 148,5 K 1,8 CO_3H 34,7
17 céto 47 17 0H 48
Surrénales D 21 g G 16,5 g
Métastases hépatiques.

67°/ ROSENTHAL 84 Cancer bronchique
Homme - 48 ans
Oedème
Diabète
Na 152 K 4,4
17 céto. 50,4

17 cétogènes 138
Surrénales 30 g
Métastases surrénales, foie et diverses

68°/ SCHOLZ 85 Thymus
Femme 30 ans
Hypertension artérielle
Hirsutisme
Diabète
Na 136 K 4,6 CO_3H 29
17 céto 25,6 17 OH élevés
Surrénales H C S

86 Thymus
Femme - 40 ans
Obésité
Hypertension artérielle
Hirsutisme
H C S

87 Thymus
Femme - 15 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Faciès lunaire
Vergetures
Ostéoporose
Stéroïdes augmentés
H C S

69°/ SCHOLZ 88 Cancer bronchique à petites cellules
Homme - 62 ans
Oedème
Na 150 K 2,5 CO_3H 48,2 pH 7,58
17 céto 31 mg 17 OH 100 mg
H C S
Métastases hépatiques et diverses
Produit à action corticotrophique extrait de la tumeur métastatique.

70°/ SIEGMUND 89 Thymus
Homme - 46 ans
Métastases hépatiques et diverses

71°/ SOUTTER 90 Thymus
Homme - 32 ans
Obésité
Faciès lunaire
Diabète
Na 144 K 2,8 CO_3H 34,5
17 céto. 49 17 OH 41.

Surrénales 29 g
Métastases diverses

72°/ SPRAGUE 91 Thymus
Homme - 15 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Faciès lunaire
Vergetures
Oedème
Ostéoporose
Na 140 K 3,3 CO_3H 41,4 pH 7,52
17 céto 77,5 Corticoïdes 17,1
Diabète
H C S

73°/ SPAULDING 92 Cancer bronchique
Homme - 56 ans
Na 144 K 2,5 CO_3H 44 pH 7,7
17 céto. 46,9 Corticoïdes augmentés
Diabète
H C S
Métastases surrénales, foie, diverses.

74°/ THOMPSON 93 Cancer bronchique à petites cellules
Femme - 45 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Oedème
Diabète
Na 152 K 2,9
17 Céto. 22 17 OH 190
H C S

94 Cancer bronchique à petites cellules
Femme 60 ans
Obésité
Oedème
Diabète
Na 144 K 4,7
17 céto. 49 17 OH 76
Surrénales D_r 21 G 18
Métastases hépatiques et surrénales

75°/ THORNE 95 Cancer bronchique à petites cellules
Homme 36 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Vergetures
Faciès lunaire
Ostéoporose

Diabète
17-céto. 28,7
Métastases - Foie et diverses

96 Cancer bronchique à petites cellules
Homme - 45 ans
Hypertension artérielle
Obésité
Faciès lunaire
Vergetures
Oedème
Diabète
Na 147 K CO_3H 32

17-Céto. 29,2 Corticoïdes augmentés
H C S
Métastases - Foie et diverses.

76°/VOGEL 97 Cancer bronchique à petites cellules
Femme - 40 ans
Obésité
Diabète
K 2 CO_3H alcalose hypochlorèmique
17-céto. 15 mg cortisol 78,7 µg/100 ml
Surrénales 39 g
Métastases hépatiques surrénales

77°/ WARREN 98 Ovaire
Femme - 31 ans
Tableau de Cushing
17 céto. 158

99 Cancer de l'angle colique gauche
Femme - 38 ans
Hirsutisme
17 céto 80

78°/ WEBSTER 100 Prostate
Homme - 68 ans
Oedème
Diabète
Na 149 K 2,6 CO_3H 31,3 pH 7,40
17 céto. 34 17 OH 41
Surrénales D 19 g G 20 g
Métastases : surrénales, Foie et diverses.

79°/ WERK 101 Cancer épidermoïde du poumon
Na 143 K 4,6 CO_3H 20,8

Surrénales HCS

Métastases : surrénales et diverses
17 céto. 16 mg 17 OH 20 mg.

80°/ WHITE 102 Cancer bronchique
Homme 58 ans
Oedème
Na 167 K 2 CO_3H 36, 1

17 Céto. 30, 5
H C S
Métastases : Foie et diverses

81°/ CROOKE 103 Cancer du pancréas
Femme - 28 ans
Hypertension artérielle
Faciès lunaire
Hirsutisme
Diabète
17 céto. 15
Surrénales Dr 13, 1 g G 11, 8 g
Métastases : Foie et diverses.

o0o

CONCLUSIONS

Au terme de cette revue, nous avons pu constater que l'hypercorticisme est loin d'être toujours complet. Dans un nombre appréciable de cas, dont les deux nôtres, le diagnostic n'a été fait que sur les données de la biologie qui révèlent une forte hypokéliémie avec une alcalose franche, cette association et ces chiffres doivent faire évoquer le diagnostic, car elle est exceptionnelle avec de tels taux dans les syndromes de Cushing habituels.

Ces troubles électrolytiques ne semblent pas pouvoir être expliqués par une hypersécrétion d'aldostérone car les taux d'excrétion sont en général normaux ou bas , c'est l'excès de glucocorticoïdes qui semble pouvoir donner la clef de ces troubles électrolytiques.

Anatomiquement il s'agit dans la majorité des cas, dont notre 2e, d'une hyperplasie simple des surrénales du même type que celle du syndrome de Cushing habituel. Assez fréquemment on retrouve des métastases surrénales, en particulier dans notre 1er cas, et souvent alors l'évolution est très brutale, le syndrome d'hypercorticisme paranéoplasique survenant à la phase pré-terminale.

Quant au mécanisme de ces troubles il reste encore mystérieux et discuté mais semble être en rapport avec un dysfonctionnement de l'axe hypophyso-surrénalien.

ooOoo

Vu, le Président de Thèse :
Pr André DOMART.

Vu, le Doyen de la Faculté :
Pr Gaston CORDIER.

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

1° - ALLOT E. N., SKELTON M. O.
Increasced adrenocortical activity associated with malignant disease.
Lancet 1960, II, 278-284 n° 1 et 2.

2° - ARMANDO V. E.
Sindrome de Cushing associado cen cancer del pancreas endocrino (caso clinico)
Rev. Med. Valparaiso 1957 - 10.

3° - BAGSCHAWE K. D.
Hypokalaemia, carcinoma and Cushing's Syndrom
The Lancet 1960 II - 284-287.

4° - BALLS K. F. - NICHOLSON J. T. L. - GOODMAN H. L. et TOUCHSTONE J. C.
Functionings islet-cells carcinoma of the pancreas with Cushing's syndrom.
The Journal of Clinical Endocrinology et Metabolism
1959 - 19 - n° 1134 - 1143.

5° - BERTHELOT P. - BENHAMOU J. P. - FAUVERT R.
Hypercorticisme et cancer de l'utérus. Etude d'un cas et revue de la littérature.
Presse Médicale 1961 - 69 - n° 44 - 1899-1902.

6° - BILLING HURST Jr - THOULD A. K. - GALPIN O. P. - HINTON J. M.
Carcinoma and Cushing's Syndrom
Brit. Med. J. 5250 : 490-3 2 August 1961.

7° - BOK J. -
Kwaa daardig gezevel met hage utischeiding van-17 Ketasteroïden in de Urine
Ned. T. Geneesk 1955 - 99 - 3205-3213.

8° - BORNSTEIN P. - NOLAN J. P. et BERNANKE D
Adrenocortical hyperfunction in association with anaplastic carcinoma of the respiratory tract
New Engl Jour. of Med. 1961 - 264 - 363-371.

9° - BOURGEOIS P. - ROGE J. - CLEMEND D. - MARTINE et DESCAMPS J.
Syndrome d'hypercorticisme et cancer pancréatique de type Langheransien.
Bull. Soc. Med. Hôp. de Paris 1959 - 75 - 665-671.

10° - BROWN W. H.
A case of pluriglandular syndrome "diabetes of bearded women"
Lancet 1928 - II 1022-1023.

11° - BROWNE J. S. L. - BECK J. C. - DYRENFURTH I. - HAWTHORNEB A. S. - JOHNSON L. G. - Mac KENZIE K. R. et WENNING G. H. -
Cushing's syndrome Ciba foundation C. Call en Endocrinology 1955-8- 505-530.

12° - BRICKNER PH-W - LYONS Michaël - LANDAU Jack S.
Cushing's syndrome associated with non-endocrine Neoplasms. A review and a new case ; the first with carcinema of the gale blader.
Am. J. Med. 31 - 4 - 1961 632-639.

13° - BURGSTEDT M. J. Von thymus carcinom und Cushing syndrom
Msch Kinderheilk 1956 104 395-398.

14° - CHAO-LING C., TZE-CHÜN L. - TUNG-TS'ÜN et CH'OU NUNG L
Cushing's syndrome associated with bronchogenic carcinoma of the lungs.
Ch. Med. J. 1958 - 77 - 260-261.

15° - COHEN R. B. - TOLL G. D. - CASTLEMAN B.
Bronchial adenomas in Cushing's syndrome : their relations to thymomas and oat-cells carcinoma associated with adrenocorticism Cancer 1960 - 13 - 812.

16° - CHRISTY N. P. -
Adrenocorticotrophic activity in the plasma of patients with Cushing's syndrome associated with pulmonary neoplasms.
Lancet 1961 - 1 - 85-86.

17° - CROSNIER J. et TIMMERMANS L.
Trois cas d'alcalose avec hypokaliémie au cours de l'évolution de cancers. Rôle probable d'un hypercorticisme.
Semaine des Hôpitaux 1960 - 36 - 2516-2518

18° - DANCOT H. et DUSTIN P. :
Syndrome de Cushing associé à un carcinome branchial (Thymique ?)
Acta Clinica Belgica 1948 - 3 - 263 - 275.

19° - DAVIS R. B. - KENNEDY B. J.
Carcinoïd syndrome associated with adrenal hyperplasia.
Arch of Int. Med. 1962 - 109 n° 2 - 192-200.

20° - DEL CASTILLO E. B. - TRUCCO E. et MANZUOLI J.
Maladie de Cushing et cancer du pancréas
Presse Médicale 1950 - 58 - 8783-8785.

21° - DI FERRANTE N. - MAGLIOCCA R. - NATALI A. et ZILLI E.
Su una rara asservazione clinica : marbo di Cushing et seminema del testicolo.
Policlinico Sez. prot. 1951 - 58 - 1349-1354.

22° - DOMART A. - HAZARD J. - HUSSON R. et LABRAN G.
Alcalose hypokaliémique et cancer (à propos de 2 observations personnelles).
Sem. des Hôpitaux de Paris 1964 - 18/4 - 1082-1087.

23° - DUGUID J. B. - KENNEDY A. M.
Oat-cells tumors of mediastinal glands
J. Path. Bact. 1930 33-93-99.

24° - DYSON B. C.
Cushing's disease : report of a case with carcinoma of the thyroïds gland and cryptococcosis
New Engl. J. Med. 1959 - 261 169-172.

25° - EDMUNDS A. W. B. - Mac KEOWN K. C. - COLEMAN P. N.
A case of Cushing's syndrome with pigmentation and severe hypokaliemic alcalosis.
J. Clin. Path. 1958 - 11 - 237-243.

26° - EDMUNDS A. W. B. - Mac KEOWN K. C. - COLEMAN P. N.
Carcinoma of the breast after adrenalectomy for Cushing's syndrome.
Brit. Med. J. n° 52 55 - 807-809 1961.

27° - ESCOVITZ W. E. - REINGOLD I. M.
Functionning malignant carcinoïd with Cushing's syndrome and recument sinus arrest.
Ann. Int. Med. 1961 - 54 1248-1259.

28° - ENGEL M. D. - FRANK L. and LAWRENCE KAHANA
Cushing's syndrome with malignant corticotropin producing tumor. Remission and relapse following subtotal adrénalectomy and tumor resection
Am. J. Med. 963 34 726-34.

29° - FARRANT PC - INSLEY J.
Lancet 1960 2 434.

30° - FRANCK E. L.
Thymuskarcinom mit Cushingschem syndrom.
Schweiz Med. Wsch. 1945 7 152-154.

31° - GELFMAN N. A.
Bronchogenic carcinoma with Cushing's syndrome. A review with the report of an additional case.
Am. Rev. Resp. diseases 1961 83 555-62.

32° - GOLD L. - SCHNIDER B. I. -
Some unusual syndromes associated with neoplastic diseases.
Ann. Int. Med. 1959 51 - 890-896.

33° - HARRISON M. T. - MONTGOMMERY D. A. - RAMSEY A. S. - ROBERTSON J. M. - WELBOURN R. B. :
Cushing's syndrome with carcinoma of bronchus and with features suggesting carcinoïd tumor.
Lancet 1957 ; 23-25.

34° - HEMLEY SD - ARIDA E. J. - FINLEY N. :
Cushing's syndrome associated with bronchogenic carcinoma.
Radiology 1963 - 80 - 11.

35° - HÖKFELT B. - SJÖGREN B. - FALKHEDEN T :
Steroïd hormone production in a case of Cushing's syndrome with electrolytes changes simulating primary aldosteronism.
Act. endocr. Kbh. 1959-31-175-184.

36° - HUBBLE D.
Cushing's syndrome and thymie carcinoma
Quart. J. Med. 1949 18 137-147.

37° - HUDSON B. - EVANS J. -
Adrenocortical hyperplasia associated with a bronchic carcinoma.
J. Clin. End. 1962 - 22-5 494-500.

38° - KAPLAN L. I. - SOKOLOFF L. - MURRAY F. - STEVENSON L. D.
Sympathicoblastoma with métastases, associated with the clinical picture of Cushing's syndrome report of a case.
Arch. Neuro. Psych. (Chicago) 1949 - 62 696-698.

39° - KEPLER E. J.
Case reports
Proc. Mayo. Clinic. 1933 - 8 - 102-107.

40° - KOGUT M. D. - DONNELL G. N. -
Studies in a Cushing's syndrome : Association with renal ganglioneuroblastana.
Am. Jour. Dis of children 1960 100-4
125/545 - 126/546.

41° - KOVACH R. D. et KYLEC L. H. -
Cushing's syndrome and branchogenic carcinoma
Am. J. Med. 1957 - 24 981-988.

42° - LEWIS J. M. - SEARLE N. B. - JORDAN G. L. :
Cushing's syndrome and bronchogenic carcinoma.
Ann. Int. Med. 1960. 52 - 1138-1146.

43° - LEYTON O. - TURNBULL M. - BRATTON A. B. :
Primary cancer of the thymus with pluriglandular disturbance.
J. Path. Bact. 1931 - 34 - 635-660.

44° - LOCKWOOD C. H. -
Studies of adrenal cortical function in three cases of carcinoma.
Can. Med. Ass. J. 1958 - 79 - 728-735.

45° - MACH R. S. - RENTCHNIK P. - MULLER A. F. - LAGIER J. - PLATTNER M. C.
Syndrome humoral d'hypercorticisme avec alcalose et hypokaliémie par métastases surrénaliennes de carcinome bronchique.
Presse Médicale 1958 - 66 - 437-438.

46° - Mac PHEE I. W.
Cushing's syndrome associated with carcinoma of the bronchus
Brit. J. of Surgery 1959 - 46 ; 456-461.

47° - Mac CULLAGH E. P. - TRETBAR N. A. :
Treatment of Cushing's syndrome with amphenone : report of two cases one with probable thymoma
J. Clin. End. 1958 - 18 134-148.

48° - Mac LETCHIE N. G. B. - SCOTT L. D. W.
Carcinoma of on adrenocortical rest associated with hypophyseal abnormality
J. End. 1942-1943 3 347-355.

49° - MARKS L. J. - ANDERSON A. E. - LIBERMAN H :
Carcinoma of the lung associated with marked adrenocortical hyperplasic and adrenal hyperresponsiveness to ACTH in the absence of Cushing's syndrome.
Ann. Int. Med 1961 - 54 1243-1248.

50° - MARKS L. J. - RUSSFIELD A. B. - ROSENBAUM D. L. :
Corticotropin secreting carcinoma
J. A. M. A. 1963 - 183 115-7.

51° - MASSACHUSSETTS GENERAL HOSPITAL :
Case records (case 39 011)
New Engl. J. Med. 1953 - 248 29-35.

52° - MASSACHUSSETTS GENERAL HOSPITAL :
Case records (case 44 491)
New Engl. J. Med. 1958 259 1128-1134.

53° - MEADOR C. K. - LIDDLE G. W. - ISLAND D. P. - NICHOLSON W. E. - LUCAS C. P. - NUCKTON J. - LUETSCHER J. A. :
On the cause of Cushing's syndrome in patients with tumors arising from non-endocrine tissue.
J. Clin. Endocrin. 1962 - 22 693-703.

54° - MELLGREN J. :
The anterior pituitary in hyperfunction of the adrenal cortex.
Act. Path. Microbio. scand 1945 suppt 60-96.

55° - METZLER C. - FLINK E. B. :
Adrenal cortical hyperfunction associated with métastie bronchogenic carcinoma.
Lancet 1956 76 242-244.

55° - METZLER C. - FLINK E. B. :
Adrenal cortical hyperfunction associated with métastatic bronchogenic carcinoma.
Lancet 1956 - 76 - 242-244.

56° - MICHAËL REESE HOSPITAL :
Clinical conferences on metabolic problems
Metasbolism 1954 3 274-278.

57° - NEHER R. :
An international symposium on aldosterone
Muller and Cennor Churchill - London 1958 p. 18-20.

58° - NICHOLS J. - WARREN J. C. - MANTZ F. A. -
A. C. T. H. like excretion from carcinoma of the ovary
J. A. M. A. 1962 182 713.

59° - NORRIS E. H. -
Arrhenoblastoma, a malignant ovarian tumor associated with endocrinological effects
Am. J. Cancer 1938 32 1-29.

60° - PARRISH J. A.
The Lancet 1960 2 603.

61° - PARSONS V. - RIGBY B :
Cushing's syndrome associated with adenocarcinome of the ovary
Lancet 1958 - II - 992-994.

62° - PFOHL R. A. - DOE R. P. :
Adrenal pituitary studies in a patient with bronchogenic carcinoma and Cushing's syndrome
Ann. Int. Med. 1963 58 993-1002.

63° - PIPER W.
Cushing-Syndrom bei primären ektopishen chorioepitheliom der Leber.
Der Internist 1960 1-8 420-424.

64° - RIGGS B. L. - SRAGUE R. G.
Association of Cushing's syndrome and neoplastic disease.
Arch. Int. Med 1961 108 6. 841-849.

65° - ROBERTS P. A. L. -
Carcinoma of the thyroïd, hypoathyroïdism and Cushing's syndrome
Pro. Roy. Soc. Med. 1962 55-9-805-806.

66° - ROSENBERG A. A. :
Fulminating adrenocortical hyperfunction associated with islet-cell carcinoma of pancreas : case report
J. Cli. End. 1956 16 1364-1373.

67° - ROSENTHAL F. D. :
Adrenocortical hyperactivity in a patient with bronchial carcinoma and diabetis mellitus
Brit. Med. J. 1957 II 139-141.

68° - SCHOLZ D. A. et BANN R. C. :
Thymic tumors associated with Cushing's syndrome : review of three cases
Proc. Mayo Clin. 1959 433-441.

69° - SCHOLZ D. A. - RIGGS B. L. - BANN R. C. - LIDDLE G. W.
Clinics on endocrine and metabolic diseases 8.
Adrenocortical hyperfunction associated with corticotropin secreting bronchogenic carcinoma ; report of a case
Pr Mayo Clin. 1963 38 45-51.

70° - SIEGMUND M.
Pathologische-Anatomische Demonstration en von Korrelationstornüngen der inkretanischen systems unter dem klinischen Bilde des Cushing-Syndroms und der Geschlechtsumstimmung
Med. Kli. 1948. 43. 212-213.

71° - SOUTTER L. - SOMMERS S. - RELMAN A. S. - EMERSON C. P.
Problems in the surgical management of thymic tumors
Ann. Surg. 1957 146 424-438.

72 - SPRAGUE R. G. - HAYLES A. B. - ROWER M. M. - MASON H. L. BENNETT W. A. :
"Steroïds diabetes" and alkalosis associated with Cushing' syndrome : report of a case : isolation of 17-hydroxycorticosterone compound F from urine and Metabolic studies.
J. Clin. End 1950 10 289-306.

73 - SPAULDING W. B. - OILLE W. A. - GORNALL A. G.
Mineralo-corticoïd - like disturbance associated with adrenal metastases from bronchogenic carcinoma
Ann. int. Med. 1955 - 42 - 444-51.

74° - THOMPSON G. S. - HORWICH L. - DAVIS J. C. -
Carcinoma of bronchus and Cushing's syndrome
Lancet 1962 - 2 - 7255 534-536.

75° - THORNE M. G. :
Cushing's syndrome associated with bronchial carcinoma An enquiry into the relationship of this syndrome to neoplastic disease.
Guy's Hos. Rep. 1952 101 152-272.

76° - VOGEL M. D. - KEATING Jr F. R. - BAMN R. C. :
Acute Cushing's syndrome associated with bronchogenic carcinoma.
Pr of St Meet Mayo Clin. 1961 36 n° 16 387-393.

77° - WARREN F. L. :
Estimation of urinary 17 ketosteroïds in the diagnosis of adrenal cortical tumors
Cancer Res. 1945 5 49-54.

78 - WEBSTER G. D. Jr - TOUCHSTONE J. C. - SUZUKI M.
Adrenocortical hyperplasia occuring with metastastic carcinoma of the prostate : report of a case exhibiting increased urinary aldosterone and glucocorticoïd secretion.
J. Clin. End. 1959 19 967-979.

79° - WERK E. E. - SHOLITON L. J. :
Adrenocortical function in carcinoma of the Lung
Cancer 1960 - 13 - 469.

80° - WHITE A. G. :
Diabetes insipidus associated with edema. Report of a case, with discussion of the physiologic implications.
New Engl. J. Med 1959. 250. 633-636.

81° - CROOKE A. C. -
Basophilism and Carcinoma of the pancreas.
J. Path. Bact. 1946 58 667- 6673.

82° - PRATT J. H. - WELCH J. J.
Adrenal cortical hyperplasia accompanying cancer.
A. M. A. Arch Surg. 1956 - 72 - 495-499.

83° - LIDDLE G. W. - ISLONG D. P. - NICHOLSON N. E. - SHIMIZU N. :
Non - pituitary neoplasms and Cushing's syndrome : "Ectopic adrenocorticotropin" produced by non-pituitary neoplasms.
Arch. Int. Med. Chicago 111 : 471 5 1963.

AGEMP